

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIERES
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAITRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR LOUISE LAUZIÈRE

LE CHOIX DE L'HORMONOTHÉRAPIE SELON LES SYMPTÔMES ET LES
STRATÉGIES D'ADAPTATION À LA MÉNOPAUSE

DÉCEMBRE 1996

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Ce document est rédigé sous la forme d'un article scientifique, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études avancées (art. 16.4) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'article est rédigé selon les normes de publication d'une revue reconnue et approuvée par le comité d'études avancées en psychologie. Le nom du directeur de mémoire pourrait donc apparaître comme co-auteur de l'article soumis pour publication.

Table des matières

Liste des Tableaux	III
Sommaire.....	1
Remerciements	2
Contexte théorique.....	3
Position du problème.....	3
La ménopause	4
Les symptômes ménopausiques.....	6
Polémique entourant la ménopause et son traitement.....	9
L'hormonothérapie: un dilemme pour les femmes.....	11
Hypothèses de recherche	15
Méthode.....	16
Sujets.....	16
Instruments de mesure	17
Déroulement.....	20

Résultats.....	20
Statistiques préliminaires.....	21
Symptômes ménopausiques.....	22
Stratégies d'adaptation	23
Discussion.....	24
Référence.....	31
Tableaux.....	40

Liste des tableaux

Tableau 1	Description des sous-échelles du Ways of coping questionnaire et leur coefficient alpha réciproque.....	40
Tableau 2	Symptômes ménopausiques: différences significatives quant au degré de dérangement.....	41
Tableau 3	Analyse de régression multiple sur la contribution des sous-échelles d'adaptation dans la prise ou non d'hormones de remplacement	42

Sommaire

L'objectif premier de cette recherche est d'établir si, dans le contexte de la ménopause naturelle, les symptômes ménopausiques et les stratégies d'adaptation sont des caractéristiques discriminant les femmes qui prennent des hormones de remplacement de celles qui n'en prennent pas. L'échantillon se compose de 102 femmes, âgées entre 53 et 60 ans. Pour la cueillette des données, des versions françaises du Menopause Symptoms Checklist de Neugarten et Kraines (1965) et du Ways of Coping Questionnaire de Folkman et Lazarus (1988) ont été utilisées. Des tests de comparaison de moyennes ainsi qu'une analyse de régression ont révélé que les femmes qui prennent des hormones se sentent plus dérangées par leurs symptômes et utilisent plus la recherche de soutien social comme mode adaptatif. De leur côté, les femmes qui ne prennent pas d'hormones ont plus recours au contrôle de soi comme stratégie d'adaptation. Des conditions psycho-sociales reliées aux rôles féminins traditionnels pourraient expliquer les différences entre les deux groupes.

Remerciements

Mes premiers remerciements vont à Madame Marie-Claude Denis qui a su me guider, me conseiller et me motiver tout au long de la réalisation de ce travail. Je désire aussi manifester ma reconnaissance à Monsieur Michel Alain pour ses réponses en regard des statistiques de cette recherche. Enfin, je désire exprimer ma gratitude à Jacques, mon compagnon de vie, qui a facilité mon travail en prenant sur lui la majeure partie de la charge familiale pendant toutes ces années.

Contexte théorique

Position du problème

La ménopause est un événement naturel et universel dans le cycle de vie des femmes. Elle est une conséquence inéluctable du vieillissement. Malgré son universalité, la ménopause demeure, encore aujourd'hui, un sujet confus à cause de la controverse qui entoure la nature de ses symptômes et leur traitement. Les avis des experts se contredisent et placent les femmes devant un dilemme quant à la façon de transiger avec cette période de leur vie. Dans cette conjoncture, il leur est pratiquement impossible de faire des choix basés essentiellement sur l'évaluation objective des informations disponibles. Ceci laisse à penser que des facteurs individuels viennent influencer les choix faits par les femmes lors de leur ménopause. Ainsi, la décision de prendre ou non des hormones de remplacement à la ménopause pourrait reposer sur des variables personnelles dépassant l'analyse rationnelle de la situation. Cependant, peu d'études ont cherché à discriminer les différences entre les femmes prenant des hormones et celles qui n'en prennent pas, dans le contexte d'une ménopause naturelle.

Parmi les facteurs individuels pouvant influencer le choix des femmes quant à l'hormonothérapie, les symptômes ménopausiques ainsi que le mode adaptatif, défini en terme de stratégies d'adaptation, sont à

considérer. Pendant leur ménopause, plusieurs femmes doivent faire face à des transformations majeures, tant physiques, psychologiques que sociales, leur demandant des efforts particuliers sur le plan de l'adaptation (Chatel, 1994; Cooke, 1984; Dominian, 1977; Frey, 1982; McCarter, 1982; Mimoun, 1990). Ainsi, en plus d'impliquer un déséquilibre physique, la ménopause peut occasionner un déséquilibre psychique qui se manifestera à travers des symptômes psychologiques et psychosomatiques.

La présente recherche se propose donc de vérifier si certaines variables individuelles interviennent dans le processus décisionnel des femmes vivant une ménopause naturelle quant à la prise d'hormones de remplacement. De façon plus précise, cette recherche tentera d'établir si les symptômes ménopausiques et les stratégies d'adaptation pourraient différencier les femmes prenant des hormones de celles qui n'en prennent pas.

La ménopause

Le mot ménopause vient du grec "mên" et "pausis" qui signifient mois et cessation. L'étymologie du mot ménopause réfère donc précisément à l'arrêt des menstruations. Toutefois, le terme ménopause est souvent utilisé tant par la population en général que par la communauté médicale dans une perspective beaucoup plus large. Les expressions climatère et ménopause sont ainsi souvent employées comme des

synonymes et réfèrent à toute la période physiologique associée à la baisse des fonctions ovariennes (Brenner, 1982; Polit & LaRocco, 1980; Posner, 1979).

À la ménopause, la chute des hormones sexuelles peut se faire de façon graduelle, au rythme du processus de vieillissement. On parlera alors de ménopause naturelle. Elle peut aussi être induite de manière brusque et radicale par la chirurgie ou les irradiations, c'est ce que l'on nomme les ménopauses artificielles. Le déclin progressif et constant des hormones, lors d'une ménopause naturelle, rend cette période moins pénible à vivre que lorsqu'elle est induite de façon artificielle; la chute brusque du taux d'hormones produit des symptômes souvent plus sévères qui peuvent affecter les attitudes et l'expérience des femmes (Logothetis, 1991; McCarter, 1982; Montero, Ruiz & Hernandez, 1993; Seaman & Seaman, 1982; Sherwin, 1993). Cette distinction est essentielle, car considérer ces deux types de ménopause de façon homogène induit un biais important qui se répercute sur la prévalence des symptômes, leur sévérité et sur les besoins de traitement (Logothetis, 1991; Montero, Ruiz & Hernandez, 1993; Novak, 1980; Pearce, Hawton & Blake, 1995).

La ménopause naturelle se divise en trois différentes étapes, soit la préménopause, la ménopause proprement dite (moment de l'arrêt définitif des menstruations) et la postménopause. C'est au début de cette dernière période, appelée postménopause immédiate, que se

manifestent le plus de symptômes reliés directement à la baisse d'oestrogènes (Montero, Ruiz & Hernandez, 1993; Rioux 1983). L'âge moyen de l'arrêt définitif des règles se situe autour de 51,4 ans et ne semble pas lié à la race, au statut socio-économique, aux caractéristiques physiques ou à la date de la dernière grossesse (Brenner, 1982; Casper & al., 1995; Proulx-Sammut, 1992; Stuenkel, 1989; Utian & Serr, 1976).

Les symptômes de la ménopause

Seulement deux symptômes sont directement attribuables à la baisse d'oestrogènes: les bouffées de chaleur et l'atrophie vaginale (Ballinger, 1990; Ballinger, 1985; Frey, 1982; Logothetis, 1991; Novak, 1980; Utian & Serr, 1976). Pourtant, l'inconfort que les femmes manifestent à la ménopause est loin de se réduire à ces deux malaises. Toute une panoplie de symptômes est rattachée à la ménopause, des symptômes tant d'ordre somatique, psychosomatique que psychologique (Cooke, 1984; Logothetis, 1991; Neugarten & Kraines, 1965; Novak, 1980; Polit & LaRocco, 1980).

Plusieurs théories existent pour expliquer l'étiologie des symptômes vécus par les femmes à cette époque de leur vie (McCarter, 1992; Polit & LaRocco, 1980; Sherwin, 1993). Certaines mettent l'accent sur le rôle des changements endocriniens à la ménopause et attribuent ces symptômes à une perturbation du balancement hormonal. D'autres

proposent la personnalité comme déterminant majeur dans les problèmes vécus à la ménopause. Enfin, certaines théories font ressortir que les symptômes ménopausiques relèveraient de facteurs socioculturels déterminés par l'environnement.

De fait, plusieurs auteurs ont établi que les symptômes vécus à la ménopause, ainsi que leur degré de sévérité, ne sont pas essentiellement imputable au débalancement hormonal. Certains facteurs socio-démographiques tels que l'appartenance à une classe sociale défavorisée, un faible revenu, un bas niveau d'éducation et le fait de ne pas occuper un travail rémunéré sont associés à l'accroissement et à la sévérité des symptômes, particulièrement aux symptômes de type psychologique (Greene, 1984; Hunter, Battersby & Whitehead, 1986; Novak, 1980; Polit & LaRocco, 1980). Les attitudes entourant la ménopause et la place faite aux personnes vieillissantes dans nos sociétés occidentales contribuent également à augmenter l'éventail des plaintes associées à la ménopause (Ballinger, 1990; Bareford, 1991; Flint, 1975; Géraud, 1983; Seaman & Seaman, 1982). Il est intéressant de noter que dans les pays où la ménopause confère aux femmes un statut privilégié, les symptômes ménopausiques sont moins nombreux (Flint & Garcia, 1979; Géraud, 1983; Wilbush, 1982). La recherche soutient également que certains aspects psychosociaux, plus souvent rencontrés au mitan de la vie, peuvent jouer un rôle dans la symptomatologie de la ménopause. Des situations comme le départ des

enfants, le deuil d'un ami ou d'une personne de la famille, des changements dans la relation maritale, l'image de soi qui se transforme, provoquent des ruptures d'équilibre et une certaine vulnérabilité psychologique pouvant conduire à une augmentation des symptômes chez les femmes au moment de leur ménopause (Bareford, 1991; Chatel, 1994; Cooke, 1984; Frey, 1982; Greene, 1984; Pearce, Hawton & Blake, 1995; Sherwin 1993). Les transformations biologiques de la ménopause coïncident donc à une période de transition, de changements qui nécessite des réajustements tant sur le plan psychologique que social (Alistair, Bancroft & Johnstone, 1994; Charpentier, 1995; Greene, 1990; Taurelle & Tamborini, 1990).

Le mode adaptatif des femmes et les situations stressantes étant des facteurs pouvant influencer la variabilité des symptômes, il devient tout aussi important de considérer le rôle du stress dans l'étiologie des symptômes de la ménopause que le rôle des facteurs hormonaux. La littérature sur la ménopause fait souvent mention des liens entre l'incidence des symptômes, leur sévérité et le type d'efforts individuels que les femmes déploient pour se réajuster en situation de déséquilibre (Lamarre, 1986; Montero, Ruiz & Hernandez, 1993; Rioux, 1983). Ainsi, Lamarre (1986), dans une conférence donnée aux membres de la Fédération des omnipraticiens du Québec, soutenait «qu'une personne qui a toujours pu trouver des ressources personnelles pour faire face aux difficultés survenant dans sa vie en trouvera d'autant plus facilement

pour faire face à celles de la ménopause». Dans une étude de Polit et LaRocco (1980), les symptômes psychosomatiques et psychologiques étaient en lien avec l'adaptation personnelle des répondantes. De leur côté, Greene (1984) et Ballinger (1985) ont démontré que les situations stressantes vécues par les femmes en cours de ménopause ont un impact sur le nombre de symptômes rapportés et sur leur gravité, cet impact se faisant particulièrement sentir sur les symptômes psychologiques. Ballinger (1985) faisait également ressortir que l'habileté des femmes à s'adapter à de telles situations influence la variabilité des symptômes ménopausiques.

Polémique entourant la ménopause et son traitement

Considérant les différentes approches pour expliquer la nature des symptômes vécus à la ménopause, il n'est pas étonnant de constater qu'une vive polémique entoure cette période de la vie des femmes. Cette controverse se manifeste particulièrement dans le choix d'un traitement pour soulager les femmes et pour contrer les effets à long terme de la baisse d'oestrogènes. L'approche bio-médicale, considérant la ménopause comme une maladie de carence, une endocrinopathie, suggère principalement un traitement avec des hormones de remplacement (Hemminki, Topo, Malin & Kangas, 1993; Logothetis, 1991). De leur côté, les approches de type psychosocial, tout en reconnaissant l'efficacité de l'hormonothérapie dans le traitement des bouffées de chaleur et des problèmes inhérents à l'atrophie vaginale,

préconisent des avenues différentes quant aux autres symptômes qui se manifestent à cette étape: des groupes de soutien, des psychothérapies, le développement des habiletés sociales ou d'adaptation, la réduction du stress, le changement d'attitudes... (Ballinger, 1985; Frey, 1982; McCarter, 1982).

De plus, la controverse entourant la ménopause est renforcée par la divergence d'opinions que l'on retrouve au sein même de la communauté médicale. Ainsi, malgré un certain consensus en ce qui concerne l'efficacité de l'hormonothérapie sur les symptômes directement reliés à la baisse d'oestrogènes et les bénéfices de ce traitement sur la prévention de l'ostéoporose, les experts émettent divers avis sur ce traitement. Ces différences concernent les symptômes pouvant être soulagés, la clientèle visée, le dosage, la durée du traitement et le rôle préventif que la thérapie de remplacement hormonal peut jouer sur certaines maladies (Greer, 1992; Hemminki, Topo, Malin & Kangas, 1993; Logothetis, 1991). Brenner (1982) a même décrit le traitement de la ménopause comme le dilemme médical du 20^e siècle. En dépit de ces divergences, il y a actuellement de fortes pressions sociales pour que la ménopause soit traitée de façon médicale (Montero, Ruiz & Hernandez, 1993). Ainsi, cette période de la vie des femmes est de plus en plus médicalisée, ce qui laisse sous-entendre qu'elle est devenue pathologique et pratiquement impossible à vivre sans une intervention médicamenteuse (Bell, 1987; Kaufert, & Gilbert, 1986;

Starenkyj, 1993).

L'hormonothérapie: un dilemme pour les femmes

Devant les différentes opinions sur l'étiologie des symptômes et les recommandations divergentes des experts, il devient complexe pour les femmes de décider de façon essentiellement objective si elles doivent ou non prendre des hormones de remplacement pour faire face à leur ménopause. Au Québec, malgré l'ambiguïté entourant ce traitement, 35 à 40 % des femmes décident d'utiliser l'hormonothérapie (Lambert, 1991). Dans un tel contexte, il est légitime de se poser des questions sur le rôle que certaines variables personnelles peuvent jouer dans cette décision.

Il est surprenant de constater qu'il semble y avoir peu de liens entre les symptômes ménopausiques et la prise d'hormones. De plus, quand un lien s'établit ce sont les symptômes psychologiques et psychosomatiques, donc non-spécifiques à la baisse d'oestrogènes, qui se révèlent les plus importants. Matthews et al. (1990), dans une étude étudiant l'influence de la ménopause naturelle sur les symptômes du milieu de la vie et sur les caractéristiques psychologiques des femmes, ont établi que les femmes utilisant des hormones sont plus préoccupées par leur corps, ont plus de douleurs à l'arrière de la tête et au cou et font état de plus de symptômes dépressifs que les femmes ne prenant pas d'hormones. Par ailleurs, ces dernières avaient significativement plus de

bouffées de chaleur et se sentaient plus facilement excitables que les utilisatrices. Fergusson, Curtis et Johnson (1989), dans une étude tentant de déterminer les éléments pouvant influencer la décision des femmes post-ménopausées à utiliser l'hormonothérapie, n'ont pas trouvé de différence significative entre les femmes prenant des hormones et les autres quant aux symptômes ménopausiques. Novak (1980), dans une recherche auprès de 48 femmes vivant une ménopause naturelle, a constaté que les femmes prenant des hormones indiquent avoir plus de symptômes psychosomatiques que celles qui n'en prennent pas. Par contre, aucune différence significative n'a été relevée pour ce qui est des symptômes de type somatique et psychologique. Ballinger (1985) a démontré que l'incidence des bouffées de chaleur et de l'atrophie vaginale, qui sont les symptômes directement reliés à la baisse d'oestrogènes, est la même chez les femmes qui recherchent un soulagement médical que chez celles qui ne consultent pas. Cependant, ces symptômes sont apparus plus sévères chez les femmes qui consultaient. Ballinger (1985) a aussi démontré que les femmes qui recherchent une aide médicale lors de leur ménopause ont plus de symptômes que les autres femmes, les symptômes psychologiques étant le facteur le plus discriminant entre les femmes qui consultent et celles qui ne consultent pas.

L'état actuel de la recherche permet de constater que certaines variables individuelles influent sur la décision de prendre des hormones

de remplacement ou encore de rechercher un soulagement médical lors de la ménopause. Novak (1980) a identifié plusieurs variables de personnalité distinguant les femmes ayant recours à l'hormonothérapie des autres femmes. Ainsi, les femmes n'utilisant pas l'hormonothérapie se sont reconnues significativement plus de traits de personnalité masculins que les femmes utilisatrices. De plus les femmes postménopausées non-utilisatrices se sont révélées plus fréquemment de type androgyne et en dehors des orientations féminines traditionnelles. Cette recherche a aussi démontré que les femmes prenant des hormones avaient une capacité d'affirmation de soi moins forte que les femmes ayant choisi de ne pas prendre d'hormones. Selon Novak (1980), ces résultats permettent de croire que les femmes ne prenant pas d'hormones ont développé plus d'avenues non-traditionnelles pour composer avec les changements de statut et de rôle inhérent à cette période de leur vie. Matthews et al. (1990) ont également identifié des variables de personnalité différentes chez les utilisatrices et les non-utilisatrices. Dans cette recherche, les femmes utilisatrices d'hormones se sont avérées de type A c'est-à-dire des personnes plus enclines au stress et aux maladies cardiovasculaires. Cette recherche a aussi établi que les utilisatrices ont une conscience d'elles-mêmes en situation de groupe plus élevée que les femmes qui ne prennent pas d'hormones. Comme il a déjà été mentionné, Ballinger (1985) a démontré que les femmes recherchant du soutien médical vivent plus d'événements stressants que celles qui ne consultent pas. À

ce résultat, il est intéressant d'ajouter que Ballinger (1985) a aussi établi que les femmes qui consultent perçoivent les événements de manière plus dramatique c'est-à-dire comme étant la source d'une plus grande détresse et de changements plus importants dans leur vie. En plus de ces différentes variables, les attitudes des femmes en ce qui concerne la ménopause et son traitement ont aussi un impact sur leur choix: les femmes prenant des hormones de remplacement s'approchent plus du modèle bio-médical considérant la ménopause comme une condition pathologique qui nécessite une intervention médicale (Ferguson, Curtis, & Johnson, 1989; Logothetis, 1991; Schmitt et al, 1991).

Il semble que les symptômes ménopausiques, particulièrement ceux de type psychologique et psychosomatique, et les aptitudes à s'adapter à la situation jouent un rôle dans la décision des femmes à rechercher une assistance médicale pour faire face à leur ménopause. Ainsi, le choix de suivre une hormonothérapie ne s'appuierait pas essentiellement sur le besoin de soulagement des symptômes reliés directement à la baisse d'oestrogènes: pour les femmes vivant une ménopause naturelle, l'hormonothérapie pourrait être considérée comme une réponse adaptative leur permettant de s'ajuster tant aux déséquilibres physiques que psychologiques inhérents à cette étape de la vie.

Hypothèses de recherche

Le but de la présente recherche est d'établir si, dans le contexte d'une ménopause naturelle, les symptômes ménopausiques et les stratégies d'adaptation s'avèrent des caractéristiques pouvant discriminer les femmes qui prennent des hormones de remplacement pour faire face à leur ménopause de celles qui n'en prennent pas. Il est attendu que la prise d'hormones de remplacement sera davantage reliée au soulagement des symptômes psychologiques et psychosomatiques qu'à ceux de type physiologique et que les utilisatrices d'hormones de remplacement tenteront de s'adapter par des moyens différents au stress associé aux changements de la ménopause que les non-utilisatrices. De manière plus spécifique, cette recherche tentera de démontrer:

1. que les femmes utilisant l'hormonothérapie reconnaissent un plus grand nombre de symptômes comme étant caractéristiques de leur ménopause que les non-utilisatrices;
2. que les femmes utilisant l'hormonothérapie ont plus de symptômes de type psychologique et psychosomatique que les non-utilisatrices;
3. que les femmes utilisant l'hormonothérapie se sentent plus dérangées par leurs symptômes que les femmes non-utilisatrices;
4. que les femmes utilisant l'hormonothérapie usent de stratégies d'adaptation différentes de celles employées par les non-utilisatrices.

Méthode

Les sujets

Cent-dix femmes, âgées de 53 à 60 ans, vivant une ménopause naturelle ont été recrutées sur une base volontaire comme sujet pour la recherche. Plusieurs furent recrutées au sein du réseau communautaire par l'intermédiaire des Associations féminines d'éducation et d'action sociale (AFEAS) de Ste-Sophie de Mégantic, de Plessisville et de Victoriaville ainsi qu'auprès des Centres de femmes de Victoriaville et de St-Pierre-les-Becquets. D'autres femmes furent rejointes grâce à la liste électorale de la municipalité d'Inverness. Enfin une partie de l'échantillon s'est constitué par le biais de réseaux amicaux de certains sujets. Des 110 questionnaires reçus, huit ont été rejetés, les répondantes ayant reçu des contre-indications médicales à prendre des hormones de remplacement pour leur ménopause.

L'échantillon étudié se compose donc de 102 femmes dont la moyenne d'âge est de 55.7 ans ($ET = 2.28$ ans) et qui se répartissent en deux groupes égaux: 51 femmes utilisant l'hormonothérapie pour leur ménopause et 51 femmes ne l'utilisant pas. La plupart d'entre elles vivent en couple: 75.5% contre 24.5% vivant seules. Elles ont en moyenne 11.8 ans de scolarité. Les répondantes habitent en milieu rural dans une proportion de 24.5% tandis que 75,5% habitent en milieu urbain. Les répondantes qualifient leur revenu de moyen à très inférieur

à la moyenne dans 79.4% des cas alors que 21.6% considèrent leur revenu de légèrement supérieur à très supérieur à la moyenne. Les sujets occupent un emploi à temps plein dans une proportion de 45.1%, un emploi à temps partiel dans une proportion de 15.7% et 39.2% sont sans emploi rémunéré. Les femmes de l'échantillon ont des enfants dans une proportion de 84.3%, soit en moyenne 2.9 enfants par répondantes. Pour 73.5% des sujets de l'échantillon, les enfants sont partis de la maison tandis que pour 26.5% des répondantes, un à trois enfants demeurent de façon régulière chez elles. Il est intéressant de noter que 34.3% des sujets avaient déjà suivi une formation sur la ménopause.

Les deux groupes de l'échantillon sont apparus semblables en ce qui concerne les variables socio-démographiques sauf pour le nombre d'enfants vivant actuellement à la maison: les femmes ne prenant pas d'hormones de remplacement avaient significativement plus d'enfants vivant encore à la maison que les femmes qui prennent des hormones ($t(100) = 3.16, p < 0.01$).

Les instruments de mesure

Après avoir consenti à participer à la recherche et complété un questionnaire de renseignements socio-démographiques, les sujets ont répondu à la version française des questionnaires suivants: le Menopause Symptoms Checklist de Neugarten et Kraines (1965) et le

Ways of Coping Questionnaire de Folkman et Lazarus (1988).

Le Menopause Symptoms Checklist (MSC) de Neugarten et Kraines (1965), couramment utilisé dans la recherche auprès des femmes vivant leur ménopause (Glazer & Rozman, 1991), a été construit d'après la littérature médicale et des interviews réalisés avec des femmes. La liste finale comprend les 28 symptômes mentionnés le plus souvent par les cliniciens et par les femmes comme étant caractéristiques à la ménopause ou fréquents lors de cette période. Neugarten et Kraines ont divisé ces symptômes en trois sous-groupes: 12 symptômes somatiques, 11 symptômes psychologiques et cinq symptômes psychosomatiques. Ainsi, la liste des symptômes ménopausiques, telle que présentée par ces auteurs, permet d'établir pour chacun des sujets le nombre total et le type des symptômes. Uphold et Susman (1981) rapportent aussi bien une validité apparente qu'une fidélité de type test-retest pour le nombre total de symptômes (.79). Glazer et Rozman (1991), dans une recherche tentant de vérifier l'efficacité de quatre tests souvent utilisés dans les études sur le milieu de la vie des femmes, ont établi la consistance interne du MSC par coefficient alpha; en général les coefficients étaient similaires pour les femmes préménopausées, ménopausées et postménopausées (.80 à .94). Pour les fins de la présente étude, une échelle de type Likert de 4 points a été ajoutée pour chacun des symptômes afin d'évaluer le degré de dérangement perçu par les femmes pour chaque symptôme qu'elles reconnaissaient avoir.

La traduction française de l'instrument a été assurée par un comité d'experts de quatre personnes.

Le Ways of Coping Questionnaire de Folkman et Lazarus (1988) évalue le mode adaptatif d'un individu pour faire face à un stress spécifique. Cet instrument consiste en un inventaire de stratégies d'adaptation (cognitives et comportementales) que les gens utilisent lorsqu'ils font face à des situations stressantes. Le test s'adapte à divers stressseurs: dans la présente recherche, il a servi à mesurer les stratégies d'adaptation employées par les répondantes pour faire face à leur ménopause. Cet instrument consiste en un questionnaire de 66 items auquel le sujet répond à l'aide d'une échelle de type Likert à quatre niveaux. Les énoncés se regroupent selon les huit sous-échelles suivantes: la confrontation, le détachement, le contrôle de soi, la recherche de soutien social, la reconnaissance de sa responsabilité, la fuite et l'évitement, la résolution de problèmes et la réévaluation positive. Les estimés de validité concurrente et de validité de construit de l'instrument ainsi que la consistance interne de chaque sous-échelles sont présentés par Folkman et Lazarus (1988). Le tableau 1 présente la description de chaque sous-échelle et son coefficient alpha. La traduction française de Mishara (1987) a été utilisée. À noter que des analyses statistiques préliminaires ont servi à vérifier la pertinence des items de l'instrument sur les données expérimentales de la présente recherche.

Placer le tableau 1 ici

Déroulement

Un pré-test a été effectué auprès de dix femmes afin de vérifier la traduction française du Menopausal Symptoms Checklist et la justesse des consignes. Ce pré-test a conduit à l'ajout au questionnaire d'une page précisant les consignes. Suite au consentement des femmes à participer à la recherche, un cahier renfermant les trois questionnaires leur était remis en main propre. Les femmes recrutées répondaient au questionnaire individuellement à leur domicile. L'expérimentateur reprenait contact avec elles la semaine suivante pour vérifier si elles avaient des difficultés de compréhension et pour convenir d'une date de récupération des questionnaires.

Résultats

Cette section comporte trois volets. La première partie présente les statistiques préliminaires à l'analyse des résultats permettant de vérifier le fonctionnement du Ways of Coping Questionnaire (Lazarus & Folkman, 1988) afin de l'ajuster au cas spécifique de cette recherche. La deuxième partie fait état des résultats concernant les symptômes ménopausiques et la troisième de ceux concernant les stratégies d'adaptation. Les différentes analyses statistiques ont été exécutées

avec le progiciel SPSS, version 5.0.

Statistiques préliminaires

Plutôt que de décider à priori de la pertinence des items du Ways of Coping Questionnaire (WCQ) pour le stresser ménopause, l'instrument de mesure a été utilisé dans sa version intégrale. Par la suite, une analyse de l'applicabilité de chacun des items a été effectuée en tenant compte des cotes 4 (ne s'applique pas). Ainsi les items où 40% et plus des répondantes avaient donné une cote 4 ont été retranchés pour l'analyse des résultats.

Les coefficients de cohérence interne, suite à l'épuration des items, sont de .50 pour la confrontation, .70 pour le détachement, .73 pour le contrôle de soi, .80 pour la recherche de soutien social, .46 pour la reconnaissance de sa responsabilité, .61 pour fuite et évitement, .76 pour la résolution de problèmes et .86 pour la réévaluation positive. Ainsi sur les huit sous-échelles proposées par Lazarus et Folkman (1988) six seront conservées pour fin d'analyse. Les deux sous-échelles éliminées, la confrontation et la reconnaissance de sa responsabilité, sont effectivement inadéquates au type de stresser étudié, la ménopause étant une étape biologique inévitable du vieillissement dont la responsabilité ne peut être imputable ni à la personne elle-même ni à un tiers.

Symptômes ménopausiques

Des trois hypothèses concernant les symptômes ménopausiques seulement une a été confirmée. Aucune différence significative n'est apparue entre les répondantes prenant des hormones et celles n'en prenant pas en ce qui concerne le nombre et le type des symptômes ménopausiques (somatique, psychosomatique, psychologique). Par contre, la comparaison des moyennes appliquée spécifiquement à chacun des symptômes révèle des différences significatives entre les deux groupes pour deux symptômes de type somatique. Ainsi les femmes prenant des hormones ont obtenu une moyenne significativement plus élevée que les autres femmes pour le symptôme «sueurs froides» ($t(100) = 2.71, p < .01$) tandis que les non-utilisatrices ont obtenu une moyenne significativement plus élevée que les utilisatrices pour le symptôme «diarrhée» ($t(100) = 2.10, p < .05$).

Pour ce qui est du degré de dérangement perçu pour chacun des symptômes identifiés, le test-t révèle que les répondantes utilisant des hormones de remplacement se sentent significativement plus dérangées par leurs symptômes que les femmes n'utilisant pas d'hormones ($t(100) = 2.71, p < .01$). De manière plus spécifique, les utilisatrices d'hormones de remplacement se sentent plus dérangées que les non-utilisatrices sur 14 des 28 symptômes suggérés par le Menopause Symptoms Checklist de Neugarten et Kraines (1965): sept symptômes psychologiques, trois symptômes psychosomatiques et quatre symptômes pouvant être reliés

plus directement à la baisse d'oestrogènes (tableau 2).

Placer le tableau 2 ici

Stratégies d'adaptation

L'hypothèse voulant que les femmes utilisant l'hormonothérapie pour faire face à leur ménopause usent de stratégies d'adaptation différentes que les non-utilisatrices a été vérifiée de deux façons différentes. Premièrement, les cotes moyennes obtenues par les deux groupes de l'échantillon ont été comparées pour les six sous-échelles de stratégies d'adaptation qui ont été conservées. Ces analyses statistiques permettent de constater que les deux groupes diffèrent de façon significative seulement sur une des sous-échelles soit celle du contrôle de soi: le test-t révèle que les utilisatrices ont une moyenne significativement moins élevée que les non-utilisatrices pour cette sous-échelle du WCQ ($t(100) = 1,92, p < .05$).

La vérification de cette hypothèse s'est aussi faite par une analyse de régression afin d'établir si les six sous-échelles de stratégies d'adaptation étudiées pouvaient être des prédicteurs valables en ce qui concerne le choix de prendre ou non des hormones de remplacement lors de la ménopause. L'analyse révèle que la sous-échelle «recherche de soutien social» contribue de façon significative comme valeur prédictive de la prise d'hormones de remplacement. L'ensemble des six

sous-échelles de stratégies d'adaptation contribue à expliquer 15% de la variance totale et à elle seule «la recherche de soutien social» en explique 10% (R^2 : 0.13, $F(3,98) = 4.93$, $p < .01$). Le tableau 3 résume les résultats de cette analyse.

Placer le tableau 3 ici

Discussion

L'objectif de la présente recherche était d'établir si, dans le contexte d'une ménopause naturelle, les symptômes ménopausiques et les stratégies d'adaptation s'avéraient des caractéristiques valables pour différencier les femmes prenant des hormones de remplacement de celles qui n'en prennent pas.

Les résultats indiquent qu'il n'y a pas de différence significative entre ces deux groupes quant au nombre et au type de symptômes ménopausiques reconnus par les femmes comme étant associés à leur ménopause. Toutefois, il ressort que les femmes prenant des hormones de remplacement se sentent significativement plus dérangées par leurs symptômes que les femmes qui n'en prennent pas. Sur le plan des stratégies d'adaptation, le contrôle de soi et la recherche de soutien social s'avèrent des variables pouvant discriminer les deux groupes de l'échantillon. Ainsi, les femmes ne prenant pas d'hormones utilisent significativement plus le contrôle de soi comme stratégie pour faire face

à leur ménopause que les femmes choisissant l'hormonothérapie. La recherche de soutien social, quant à elle, ressort comme un prédicteur significatif de la prise d'hormones.

Dans un premier temps, ces résultats suggèrent que, dans le contexte d'une ménopause naturelle, l'expérience symptomatologique décrite par les femmes est semblable, peu importe leur décision d'adopter ou non l'hormonothérapie. Cependant, leur expérience diffère quant à leur perception du degré de dérangement de chacun des symptômes identifiés ce qui correspond en partie aux résultats de Ballinger (1985). Cette recherche n'est pas en mesure d'évaluer objectivement le degré de dérangement occasionné par les symptômes, plusieurs voies s'offrent donc pour expliquer cette différence entre les deux groupes étudiés.

La littérature fait état que de 10% à 20% des femmes ménopausées naturellement ressentent des malaises d'une grande intensité (Doan, 1988; Proulx-Sammut, 1992). Il se peut fort bien que le déséquilibre hormonal soit effectivement à l'origine de cette différence d'intensité des symptômes entre les deux groupes. Dans cette optique, les malaises ressentis par les femmes prenant des hormones pourraient dépendre de facteurs physiologiques rendant leur expérience de la ménopause réellement plus douloureuse. Ceci viendrait valider, chez ces répondantes, leur besoin de soins particuliers et leur recherche de soulagement par le biais de l'hormonothérapie.

Des conditions psycho-sociales reliées aux rôles féminins traditionnels pourraient aussi être responsables de la différence du degré de dérangement des symptômes entre les deux groupes. Pour les femmes, la ménopause est un événement marqueur du vieillissement: les changements physiques les forcent à faire face à leur âge (Chiriboga, 1989; Desmeules-Gaudet, 1985; Greer, 1992; Stafford, 1976). Dans une société où les femmes sont encore principalement définies par leur rôle de mère et d'objet sexuel, la ménopause peut signifier une perte de valorisation sociale de grande importance (Charpentier, 1995; Côté, 1983; Desmeules-Gaudet, 1985; Greer, 1992). Ainsi, pour les femmes étant plus attachées aux rôles féminins traditionnels (reproduction, séduction), la perte du rôle maternel, de la capacité de reproduction et le vieillissement sont autant de facteurs donnant un caractère négatif à la ménopause, ce qui peut influencer sur la gravité des symptômes (Amiel-Lebigre & Gognalons-Nicolet, 1993; Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 1994; Doan, 1988; Greer, 1992). Selon cette hypothèse, il serait possible que les femmes de l'échantillon qui prennent des hormones soient des femmes plus attachées aux rôles typiquement féminin donc, des femmes qui se sentiraient plus menacées par les pertes souvent associées à la ménopause. Cette explication trouve un appui dans les résultats de Novak (1980) qui démontraient que les femmes post-ménopausées ne prenant pas d'hormones de remplacement étaient davantage de type androgyne. Cette hypothèse rejoint également la recherche de Matthews et al. (1990) qui faisait état que les femmes qui

prenaient des hormones de remplacement avaient une conscience d'elles-mêmes plus élevée en public donc possiblement une préoccupation particulière pour leur apparence et pour l'effet provoqué chez les autres.

Dans la même veine d'hypothèses rattachées aux rôles, rappelons que les femmes de l'échantillon ne prenant pas d'hormones avaient significativement plus d'enfants demeurant encore à la maison que les femmes prenant des hormones. Ce résultat pourrait indiquer que ces femmes, ayant encore la possibilité de s'investir dans un rôle donnant un sens et de l'importance à leur vie de femme, seraient moins confrontées aux pertes associées aux rôles et que ceci pourrait influencer à la baisse sur l'intensité de leurs symptômes.

Dans un deuxième temps, les résultats font également ressortir des différences entre les femmes qui prennent des hormones et celles qui n'en prennent pas quant aux stratégies d'adaptation privilégiées pour faire face à leur ménopause. Ces différences, dans les stratégies d'adaptation choisies, viennent renchérir l'hypothèse de l'impact possible de la spécialisation des rôles sociaux sur le vécu de la ménopause. Certaines recherches ont déjà démontré que les hommes et les femmes n'utilisaient pas le même type de stratégies pour faire face au stress dans leur vie. Dans une recherche de Folkman, Lazarus, Pimley et Novacek (1987), il a été démontré que les hommes avaient tendance à utiliser plus le contrôle de soi que les femmes et que ces

dernières avaient tendance à utiliser plus la réévaluation positive que les hommes. Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro et Becker (1985) ont quant à eux rapporté que les femmes utilisaient plus souvent des stratégies de types résolution de problème, pensée magique, recherche de soutien social, évitement et reconnaissance de sa responsabilité que les hommes. Ainsi, les résultats démontrant que les femmes qui ne prennent pas d'hormones utilisent significativement plus le contrôle de soi comme stratégie pour s'ajuster à leur ménopause pourraient laisser supposer que ces dernières répondraient au stress associé à leur ménopause en adoptant des comportements reconnus comme étant plus masculins. Si l'on se réfère au type de stratégie d'adaptation employée, les femmes qui ne prennent pas d'hormones pourraient donc être plus à même de développer d'autres avenues que celles définies par le modèle traditionnel pour négocier avec la transition de leur rôle et les changements subséquents à leur nouveau statut. Cette hypothèse va dans le même sens que les résultats de Novak (1980) qui proposait que les femmes qui ne prennent pas d'hormones se reconnaissant elles-mêmes plus de traits masculins pouvaient créer de nouvelles façons de confirmer leur valeur et leur féminité et pourraient pour cette raison rejeter plus facilement l'hormonothérapie. De plus, le fait que la recherche de soutien social, une stratégie plus utilisée par les femmes, soit un prédicteur de la prise d'hormones vient donner plus de poids à l'hypothèse que la prise d'hormones est associée à des variables psycho-sociales reliées à la spécialisation des rôles sexuels.

Cette recherche a mis en relief que, chez les femmes vivant une ménopause naturelle, il existe des différences entre les utilisatrices de l'hormonothérapie et les non-utilisatrices. Il est vrai que la dimension physiologique peut être responsable de ces différences. Cependant, la convergence des hypothèses liées aux rôles féminins traditionnels et au vieillissement des femmes tant pour le degré de dérangement des symptômes que pour l'utilisation spécifique de stratégies d'adaptation dans les deux groupes, nous fait croire qu'il serait intéressant que des recherches ultérieures examinent plus à fond l'impact des différentes pertes associées aux changements de rôle et de statut social sur les symptômes ménopausiques et la prise d'hormones.

Une prochaine recherche tenant compte des symptômes ménopausiques devrait bonifier la liste des symptômes proposée par le Ménopause Symptoms Checklist de Neugarten et Kraines (1965) utilisée pour cette recherche. Il serait important d'y ajouter certains symptômes aussi fréquemment associés à la ménopause tels la transpiration, la sécheresse vaginale, les douleurs lors de relations sexuelles, un flux menstruel abondant, les pertes de sang entre les menstruations, les sueurs nocturnes, les crampes aux jambes, des pertes d'urine, l'urgence d'uriner et un grand besoin de nourriture. Selon la recherche de Glazer & Rozman (1991) cette addition de symptômes à la liste de Neugarten et Kraines (1965) en assurerait une meilleure validité de contenu. L'inclusion de ces symptômes pourraient avoir une influence sur les

résultats étant donné, notamment, que l'atrophie vaginale est une conséquence reconnue de la baisse d'oestrogène.

Concernant la mesure des stratégies d'adaptation, la méthode traditionnelle utilisée dans cette recherche n'a permis que de connaître le type de stratégies employées face à la ménopause. Le Ways of Coping Questionnaire (Folkman & Lazarus, 1988) mesure ce que fait la personne pour s'adapter mais non pourquoi elle utilise cette stratégie. Or, des théories récentes suggèrent qu'une même stratégie ou un même comportement adaptatif peut servir à différentes fonctions (Ingledew & Cooper, 1996). Dans des recherches subséquentes, il pourrait être intéressant de considérer la prise d'hormones de remplacement comme un comportement de santé et ainsi voir quelle fonction d'adaptation ce comportement remplit. Cette approche permettrait probablement de mieux comprendre les motivations sous-jacentes à l'utilisation de l'hormonothérapie au moment de la ménopause.

Références

- Alistair, G. H., Bancroft, J., & Johnstone, E. C. (1994). Affective symptoms in women attending a menopause clinic. British Journal of Psychiatry, 164, 513-516.
- Amiel-Lebigre, F., & Gognalons-Nicolet, M. (1993). Entre santé et maladie. Paris: PUF.
- Bällinger, C. B. (1990). Psychiatric aspects of the menopause. British Journal of Psychiatry, 156, 773-787.
- Ballinger, S. E. (1985). Psychosocial stress and symptoms of menopause: a comparative study of menopause clinic patients and non-patients. Maturitas, 7, 315-327.
- Bareford, C. G. (1991). An investigation of the nature of the menopausal experience: attitude toward menopause, recent life change, coping method, and number and frequency of symptoms in menopausal women. In D. L. Taylor & N. F. Woods (Éds), Menstruation, health, and illness (pp 223-236). U.S.A.: Hemisphere Publishing Corporation.
- Bell, S. E. (1987). Changing ideas: the medicalization of menopause. Social Science Medical, 24, 535-542.

Brenner, P. (1982). The menopause. Western Journal of Medicine, 136, 211-219.

Bruchon-Schweitzer, M., & Dantzer, R. (1994). Introduction à la psychologie de la santé. Paris: PUF.

Casper, R. F., Morin-Gonthier, M., Bell, M., Carter, C. J., Edouard, L., Lefebvre, Y., Lemay, A., Mikhael, N. Z., Roulston, T. M., & Yuzpe, A. A. (1995). La ménopause. Canada: Ministre des approvisionnements et services Canada.

Charpentier, M. (1995). Condition féminine et vieillissement. Montréal: Les éditions Remue-ménage.

Chatel, A. (1994). L'aspect psycho-social de la ménopause. Une véritable amie, 8 (10), 1-4.

Chiriboga, D. A. (1989). Stress and loss in middle age. In R. A. Kalish (Éds), Midlife loss, coping strategies (pp. 42-87). Newbury Park, California: SAGE Publications.

Cooke, D. J. (1984). Aspects psychosociaux du climatère. In A. Broome & L. Wallace (Éds), Psychologie et problèmes gynécologiques (pp. 323-350). Liège, Belgique: Pierre Mardaga.

- Côté, M. (1993). Demain, la vieille, c'est moi. In Albert Saint-Martin (Éd), Nous, notre santé, nos pouvoirs (pp. 165-182). Montréal: Les éditions coopératives Albert Saint-Martin, collection femmes.
- Desmeules-Gaudet, Y. (1985). Tout sur la ménopause. Québec: Les publications du Québec.
- Doan, H. (1988). La ménopause: un processus naturel. Montréal: Les éditions La Presse.
- Dominian, J. (1977). The role of psychiatry in the menopause. Clinics in Obstetrics and Gynaecology, 4, 3-29.
- Ferguson, K. J., Curtis, H. , & Johnson, S. (1989). Estrogen replacement therapy. Archive International Medicine, 149, 133-136.
- Flint, M. P. (1975). The menopause: reward or punishment. Psychosomatics, 16, 161-163.
- Flint, M. P., & Garcia, M. (1979). Culture and the climacteric. Journal of Biosocial Science, 6, 197-215.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Manual for the Ways of Coping Questionnaire. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & De Longis, A. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. Journal of Personality and Social Psychology, 50, 571-579.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Pimley, S., & Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. Psychology and aging, 2, 171-184.

Frey, K. A. (1982). Middle-aged women's experience and perceptions of menopause. Women and Health, 6, 25-36.

Géraud, R. (1983). Gynécologie psychosomatique. Paris: Masson.

Glazer, G., & Rozman, A.S (1991). Marital adjustment, life stress, attitudes toward menopause, and menopausal symptoms in premenopausal, menopausal , and postmenopausal women. In D. L. Taylor & N. F. Woods (Éds), Menstruation, health, and illness (pp 237-244). U.S.A.: Hemisphere Publishing Corporation.

Greene, J. G. (1984). The social and psychological origins of the climacteric syndrome. Brookfield, VT: Gower.

Greene, J. G. (1990). Psychosocial influences and life events. In R. Formanek (Éd.), The meanings of menopause: Historical, medical,

and clinical perspectives, Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.

Greer, G. (1992). Le passage: l'expérience de la ménopause. Paris: Plon.

Hemminki, E., Topo, P., Malin, M., & Kangas, I. (1993). Physicians' views on hormone therapy around and after menopause. Maturitas, 16, 163-173.

Hunter, M., Battersby, R., & Whitehead, M. (1986). Relationships between psychological symptoms, somatic complaints and menopausal status. Maturitas, 8, 217-228.

Ingledeu, D. L., & Cooper, C. L. (1996). Coping research in UK: Do we know enough to apply it? Communication présentée au Congrès international de psychologie, Montréal, Canada.

Kaufert, P., & Gilbert, P. (1986). Women, menopause and medicalization. Culture Medicine Psychiatric, 10, 7-21.

Lamarre, S. (1986). Les problèmes psychologiques et psychiatriques de la ménopause. L'Union Médicale du Canada, 115(3), 185-188.

Lambert, M. (1991). Les hormones à l'heure des choix. La Gazette des femmes, novembre-décembre, 6-7.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New-York: Springer

Logothetis, M. L. (1991). Women's decisions about estrogen replacement therapy. Western Journal of Nursing Research, 13(4), 458-469.

McCarter, S. S. (1982). Physical changes related to aging. In S.L. Tyler & G.M. Woogall (Éds), Female health and gynecology: Across the lifespan (pp. 149-170). Maryland, U.S.A.: Robert J. Brady.

Matthews, K. A., Wing, R. R., Lewis, H. K., Meilahn, E. N., Kelsey, S. F., Costello, J. E., & Caggiula, A. W. (1990). Influences of natural menopause on psychological characteristics and symptoms of middle-aged healthy women. Journal of consulting and clinical psychology, 58(3), 345-351.

Mishara, B. (1987). Traduction française du Ways of Coping Checklist. Manuscrit inédit, UQAM.

Mimoun, S. (1990). Des maux pour le dire. Paris: Flammarion.

Montero, I., Ruiz, I., & Hernandez, I. (1993). Social functioning as a significant factor in women's help-seeking behaviour during the climacteric period. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 28, 178-183.

Neugarten, B. L., & Kraines, R. J. (1965). Menopausal symptoms in women of various ages. Psychosomatic Medicine, 27(3), 266-273.

Novak, P. J. (1980). Symptomatology of menopause as a function of estrogen replacement therapy and sex role. Thèse de doctorat, University of Oklahoma.

Pearce, J., Hawton, K., & Blake, F. (1995). Psychological and sexual symptoms associated with menopause and the effects of hormone replacement therapy. British Journal of Psychiatry, 167, 163-173.

Polit, D. F., & LaRocco, S. A. (1980). Social and psychological correlates of menopausal symptoms. Psychosomatic Medicine, 42, 335-344.

Posner, J. (1979) It's all in your head: feminist and medical models of menopause. Sex Roles: A Journal of Research, 5 (2), 179-190.

Proulx-Sammut, L. (1992). La ménopause mieux comprise, mieux

vécue. Montréal: Édimag.

Rioux, J. E. (1983). La ménopause: subir, prévenir ou guérir. Canadian Family Physician, 29, 765-769.

Schmitt, N., Gogate, J., Rothert, M., Rovner, D., Holmes, M., Talarczyk, G., Given, B., & Kroll, J. (1991). Capturing and clustering women's judgment policies: The case of hormonal therapy for Menopause. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 46(3), 92-101.

Seaman, B., & Seaman, G. (1982). Dossiers Hormones. Paris: L'impatient.

Sherwin, B. B. (1993). Menopause: Myths and realities. In D.E. Stewart & N.L. Stotland (Éds), Psychological aspects of women's health care (pp. 227-248). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Stafford, L. J. (1976). A descriptive, explorative study of some variables influencing psychological symptoms in climateric women. Thèse de doctorat, United States International University (San Diego).

Starenkyj, D. (1993). La ménopause une autre approche. Montréal: Orion.

Stuenkel, C. A. (1989). Menopause and estrogen replacement therapy. Psychiatric Clinics of North America, 12(1), 133-152.

Taurelle, R., & Tamborini, A. (1990). La ménopause. Paris: Masson

Uphold, C. R., & Susman, E. J. (1981). Self-reported climateric symptoms as a function of relationship between marital adjustment and childrearing stage. Nursing Research, 30, 84-88.

Utian, W., & Serr, D. (1976). The climateric syndrome. In P.A. VanKeep, R. Greenblatt, A.L. Fernet (Éds), Consensus on menopause research (pp. 1-14). UK: MTP Press

Vitaliano, P. P., Russo, J., Carr, J. E., Maiuro, R. D., & Becker, J. (1985). The ways of coping checklist: revision and psychometric properties. Multivariate Behavioral Research, 20, 3-26.

Willbush, J. (1982). Historical perspectives, climacteric expression and social context. Maturitas, 4, 195-205.

Tableau 1

Sous-échelles du Ways of coping Questionnaire et leur coefficient alpha

-
1. Confrontation (.70)
décrit des efforts agressifs pour changer ou pour altérer la situation stressante, suggère un certain degré d'hostilité et de prise de risques.
 2. Détachement (.61)
décrit des efforts cognitifs pour se détacher et minimiser l'effet de la situation stressante.
 3. Contrôle de soi (.70)
décrit des efforts cognitifs pour régulariser ses émotions et ses actions.
 4. Recherche de soutien social (.76)
décrit les efforts fournis pour rechercher du soutien dans l'environnement (informations, soutien matériel, soutien affectif).
 5. Reconnaissance de sa responsabilité (.66)
traduit la reconnaissance de son propre rôle dans le problème.
 6. Fuite-évitement (.72)
décrit la pensée magique ou les efforts faits pour éviter le problème.
 7. Résolution de problèmes (.68)
décrit les efforts axés sur une résolution active du problème.
 8. Réévaluation positive (.79)
décrit les efforts en vue de donner un sens positif à l'expérience.
-

(Folkman, Lazarus, Gruen & De Longis, 1986; Folkman & Lazarus, 1988)

Tableau 2

Symptômes ménopausiques pour lesquelles les femmes utilisatrices d'hormones de remplacement notent un degré de dérangement plus élevé que les non-utilisatrices.

Symptômes	t	df	p
1. Psychologiques			
problèmes de concentration	2.23	55	.03
se sentir déprimée	3.58	55	.001
prompte à l'excitation	2.93	45	.01
sentiment de frayeur, de panique	2.99	27	.01
avoir peur de perdre la raison	2.82	23	.01
inquiétudes au sujet de son corps	2.75	35	.01
impression d'étouffer	3.27	23	.003
2. Psychosomatiques			
état de fatigue	3.82	55	.001
points noirs dans le champ de vision	2.60	33	.01
maux de tête	2.90	45	.01
3. Somatiques			
sueurs froides	2.93	45	.01
douleurs rhumatismales	2.32	50	.02
bouffées de chaleur	3.84	81	.000
hémorragies/menstruations trop abondantes	2.39	26	.024

Tableau 3

Analyse de régression multiple sur la contribution des sous-échelles de stratégies d'adaptation dans la prise ou non d'hormones de remplacement.

Variables	B	SEB	Beta	t	p
Contrôle de soi	0.02	.02	.25	1.54	.13
Recherche de soutien social	-0.04	.01	-.44	-2.90	.005
Fuite-évitement	0.002	.02	.01	0.10	.92
Détachement	-5.9	.01	-.005	-0.04	.97
Résolution de problèmes	6.42	.02	.006	0.04	.97
Réévaluation positive	0.015	.01	.22	1.15	.25
(Constante)	1.50				

R^2 : 0.15 $F(6,95) = 2.73, p < 0.02$